Aus der Privatklinik »Sanatorium Friderici« und der chirurg. Abteilung des Allerheiligenhospitals Breslau.
(Primärarzt: Prof. Dr. Tietze)

Ueber ein Cholesteatom der Stirnhöhle

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie bei der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelm-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Heinz Wolff

approb. Arzt

Breslau 1923
Druck von H. Laupp jr in Tübingen.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

I. Referent: Prof. Dr. Tietze.

II. Referent: Prof. Dr. Küttner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

(Die ausführliche Arbeit ist in »Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie«, Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung in Tübingen, erschienen.)

Der Name Cholesteatom stammt von Joh. Müller. Man unterscheidet echte und Pseudochol., wobei man unter ersteren wirkliche Geschwülste, ausgehend von versprengten Epidermiskeimen, unter den anderen nur Entzündungsprodukte versteht. Sie setzen sich zusammen aus feinen, perlmutterartig glänzenden, zwiebelartig geschichteten Blättern, die selbst wieder aus polygonalen, flachen, kernlosen, mit dazwischen gelagerten Cholestearintafeln bestehen. Die einzelnen Schichten, aus denen das Cholesteatom besteht, stellen dünne Häutchen von epidermoidalem Charakter dar.

Das Cholesteatom der Stirnhöhle ist eine äußerst seltene Geschwulst, in der gesamten einschlägigen Literatur sind nur 15 Fälle angegeben. Die Genese der Cholesteatome ist wie ja überhaupt die aller Geschwülste z. Z. noch recht unklar. Die beste Erklärung gibt Boström: er bringt sie in Verbindung mit dem pialen Cholesteatom und nimmt an, daß eine Absprengung von Epidermiskeimen während der frühesten Gehirnentwicklung stattgefunden hat und diese auf ihrem Wege durch die erste Anlage der Schädelkapsel vor ihrer Ossifikation dort liegen geblieben sind. Als ätiologisches Moment für die Entstehung der Pseudochol. werden Traumen oder entzündliche Nebenhöhlenerkrankungen angeführt. Auch über das Auftreten des Plattenepithels in der Stirnhöhle gehen die Ansichten der Autoren auseinander: die einen behaupten, es wandere von der Nase oder durch Fistelgänge ein, während andere Zellmetaplasie annehmen.

Klinisch äußern sie sich in mannigfaltiger Weise. Immer wiederkehrend sind mechanische Verdrängungserscheinungen wie Vorwölbung der Stirn, Protrusio bulbi und Verdrängung des Bulbus nach unten und außen, Stauungspapille, Abnahme der Sehschärfe, Schwellung der Lider; in anderen Fällen kommt es zum Durchbruch nach außen und zur Fistelbildung,

oft auch zur Usurierung des Knochens und Durchbruch nach dem Gehirn. Nachweisbare Fluktuation ist selten. Geht das Wachstum zerebralwärts, kommen Hirndruckerscheinungen wie Uebelkeit und Kopfschmerzen hinzu. In einem Falle ist sogar Abnahme des Gedächtnisses beobachtet worden.

Die Röntgenaufnahme gewährt höchstens Aufschluß über die Ausdehnung der Geschwulst, ist jedoch zur Feststellung der Diagnose nicht zu verwerten. Diese ist nur mikroskopisch durch Probepunktion oder durch Untersuchung nach der Operation zu stellen.

Differenzialdiagnostisch kommen Exostosen, Teratome, Atherome, Osteome, Lipome der Orbita, Mucocelen, Fibrome, Sarkome und Chondrome in Frage.

Prognostisch ist das Cholesteatom durchaus benign, getrübt kann die Prognose werden durch hinzutretende Meningitis, ferner durch Augenschädigung, intrakranielle Komplikationen und Entstellung.

Als Therapie ist in jedem Falle die Radikaloperation indiziert, wobei auf ausgiebige Eröffnung der Stirnhöhle, totale Exstirpation der Membran der Höhle und Erweiterung des Ganges nach der Nase zu besonderer Wert zu legen ist. Die Operationsergebnisse lauten in jedem Falle durchaus günstig.